AANVRAAG VOOR HULPMIDDELEN

Datum: _____

stad holland zorgverzekeraar
Postbus 295
3100 AG Schiedam
Telefoon: (010) 246 64 80
Telefax: (010) 204 35 96

Verzekerde

Naam/voorletters : _____

Adres : _____ Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|

Postcode/woonplaats : _____ Nummer verzekerde |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Verstrekking: **Onvolledig ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen!**

☐ Diabetes hulpmiddel	☐ Pruik	☐ Solo-apparatuur	☐ Overig hulpmiddel
☐ Elastische kousen	☐ Ringleiding	☐ Tactiel-leesapparaat	☐ Spalk
☐ Gezichtshulpmiddel	☐ TV-loupe	☐ Prothese	☐ Beugelapparatuur
☐ Hoortoestel	☐ Uitw. electrostimulator	☐ Semi-orth. schoenen	☐ _____
☐ Infuuspomp	☐ Vernevelaar	☐ Orth. schoenen	☐ _____
☐ Loophulpmiddel	☐ Zuurstof	☐ **Vervanging / reparatie / aanpassing**	

Leverancier

Naam/firmastempel : _____

Adres : _____

Postcode/woonplaats : _____

Medewerkerscode : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer : _____

Graag prijsopgave met coderingen en advies op een aparte bijlage meezenden

Specificatie van aangevraagd hulpmiddel
(soort, type en bijzonderheden)

_____

_____

_____

Medisch geheim s.v.p. volledig invullen

Motivatie/indicatie: _____

_____

_____

☐ Eerste aanvraag	**Toepassing:**	**Brace:**	☐ Status na OK
☐ Vervolgaanvraag	☐ A.D.L.	☐ Immobilisatie	☐ Status na trauma
☐ Tijdelijke toepassing	☐ Werksituatie	☐ Redressie	☐ Recidief
☐ Blijvende toepassing	☐ Sport	☐ Stabilisatie	

Naam arts : _____ Naamstempel:

Adres : _____

Postcode/woonplaats : _____

Datum : _____ Handtekening arts: